

ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**В.И.МАЛЯРЧУК, Ю.Ф.ПАУТКИН, А.Е.КЛИМОВ, Н.Ф.ПЛАВУНОВ,
ЗЕЙТАР АЛИ ХУСЕЙН***Кафедра хирургии РУДН Москва 117198, ул. Миклухо-Маклая, 8,
Медицинский факультет*

Лечение рубцовых стриктур желчных протоков является актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Авторами анализируется клинический материал 73 операций у 69 больных, которым выполнены различные операции по поводу стриктур желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов. Приводится классификация стриктур по локализации, причинам их возникновения и видам выполненного оперативного пособия. На 73 операции летальный исход имел место в 3 (4,1%) случаях. Причиной смерти в одном случае была ТЭЛА, а в двух – перитонит, развившийся в результате несостоятельности ГЭА. Авторами разработаны основные требования к операциям по поводу стриктур желчных протоков. Проанализированы отдаленные результаты хирургических вмешательств при стриктурах. Обследование 52 больных, оперированных в клинике, показало, что в 84,6% случаев имел место хороший результат.

Ключевые слова: стриктуры желчных протоков – летальность – отдаленные результаты

Актуальность проблемы.

Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков и билиодигестивных анастомозов развиваются после вмешательств на желчных протоках в 10-35% случаев и, как правило, требуют повторных оперативных вмешательств [4, 6, 8].

Как следует из данных литературы, в 0,1-1,16% случаев причиной развития рубцовых стриктур желчных протоков являются повреждения их, незамеченные или устраненные во время хирургических вмешательств на органах брюшной полости [2, 9]. С внедрением в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии количество больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков во время хирургического вмешательства не изменилось. Анализ материалов I, III и V Всероссийских съездов по эндоскопической хирургии, состоявшихся в г. Москве в 1998, 2000 и 2002 гг., показал, что травма внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии встречается в 0,12-1,3% случаев. При этом отмечается появление нового вида операционной травмы внепеченочных желчных протоков – электрокоагуляция стенки протока, который имеет место в 0,09-0,4% случаев и требует к себе особого внимания.

Летальность больных, оперированных по поводу рубцовых стриктур желчных протоков, колеблется в пределах от 6,6 до 35,0% [3, 1, 5, 7].

Перспектива улучшения результатов реконструктивных оперативных вмешательств на желчных протоках связана с использованием шовных материалов, отвечающих требованиям хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны, и с применением прецизионной техники шва.

Материал и метод.

С 1985 по 2001 гг. на кафедре хирургии РУДН оперировано 69 больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов. При этом 4 пациента за этот период были оперированы дважды. Таким образом, анализу подвержено 73 наблюдения. Среди них было 12 мужчин и 61 женщина в возрасте от 21 до 81 года. Средний возраст больных составил 51,3 года.

По поводу стриктуры внепеченочных желчных протоков выполнено 60, а по поводу стриктуры билиодигестивного анастомоза – 13 операций. Данные о локализации стриктуры по отношению к печеночно-желчному протоку представлены в табл. 1.

Как видно из табл.1, у большинства больных стриктура локализовалась в области слияния долевых печеночных протоков или в общем печеночном протоке (проксимальная стриктура). У остальных пациентов имела место центральная стриктура.

В 48 (65,8%) случаях первое оперативное вмешательство выполнялось по поводу заболеваний желчевыводящих путей (из них лапароскопическая холецистэктомия произ-

Таблица 1

Локализация стриктуры печечно-желчного протока

Локализация стриктуры		Кол-во Случаев
Центральная	Супрадуоденальная часть желчного протока	20(27,4%)
	Место слияния пузырного и общего печеночного протоков	19(26,0%)
Проксимальная	Место слияния правого и левого печеночных протоков Общий печеночный проток	34 (46,6%)
Всего		73 (100%)

ведена 19 больным), в 4 (5,5%) – по поводу заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. В 2 (2,7%) наблюдениях имела место стриктура билиодигестивного анастомоза, сформированного при панкреатодуоденальной резекции (табл. 2).

Таблица 2

Характер оперативного вмешательства, предшествовавшего образованию стриктуры желчных протоков

Операция	Вс го	Вмешательство на желчных протоках							
		ГШП	ББА	ГЭА	Н. др.	ХДА	ХЭА	ХцЭА	Нет
ХЭ	2								2
ХЭ, травма протока	24(17)	5	2	1	5	-	-	-	11
ХЭ, холедохотомия	22	7	-	-	13	2	-	-	-
ЛХЭ травма протока	19(8)	-	-	4	7	-	-	-	8
Рез-ция желудка, травма протока	3	-	-	-	1	-	1	1	-
Резекция 12 п.к. травма протока	1	-	-	-	-	-	-	1	-
ПДР	2	-	-	2	-	-	-	-	-
ВСЕГО	73(25)	12	2	7	26	2	1	2	21

Примечание: в скобках указано число незамеченной травмы протока.

Сокращения: ХЭ – холецистэктомия, ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, ГШП – глухой шов протока, ББА – билиобилиарный анастомоз, ГЭА – гепатикозентероанастомоз, Н. др. – наружное дренирование, ХДА – холедоходуоденоанастомоз, ХЭА – холедохозентероанастомоз, ХцЭА – холецистозентероанастомоз.

Данные табл. 2 свидетельствуют о том, что в 49 (67,1%) случаях во время операции произошла травма желчных протоков, которая в 25 (51,0%) наблюдениях не была замечена. При этом травма печечно-желчного протока при лапароскопической холецистэктомии имела место в 38,8% случаев. Основными видами завершения оперативного вмешательства на желчных протоках были глухой шов раны желчного протока (12 наблюдений) и наружное дренирование желчного протока (26 наблюдений). При этом необходимо отметить, что в 21 случае при незамеченной травме желчного протока никаких вмешательств на желчных протоках не производилось. Мы в своей практике делим операции при рубцовых стриктурах желчных протоков на восстановительные и реконструктивные и считаем, что способ оперативного вмешательства определяет протяженность стриктуры. Если протяженность стриктуры по длине протока более 1 см (*протяженная стриктура*), выполняем реконструктивные операции, суть которых заключается в формировании билиодигестивного анастомоза. При стриктуре, протяженность которой по длине протока менее 1 см (*ограниченная стриктура*), стараемся выполнять восстановительные операции, при которых сохраняется анатомия желчного протока.

Характер оперативных вмешательств, выполненных при стриктурах желчных протоков и билиодигестивных анастомозах, представлен в табл. 3 и 4.

Таблица 3

Характер операций, выполненных при стриктурах желчных протоков

Локализация стриктуры		Характер операции							
		Восстановительная			Реконструктивная с резекцией стриктуры				
		Бужир. ГПШР	Резекц., ББА	Пластика протока	ГДА	ГЭА	ХДА	БиГЭА	Три-ГЭА
Центральная	Супрадуоденальная	1	-	1	5	6	3	-	-
	Слияние пуз. и печ. протоков	1	1	2	5	8	-	2	-
Проксимальная	Долевые протоки, конfluence, печ. проток	-	2	-	-	7	-	11	5
ВСЕГО		2	3	3	10	21	3	13	5
ВСЕГО		8			52				

Сокращения: ГПШР – глухой прецизионный шов раны; ББА – билиобилиарный анастомоз; ГДА – гепатикодуоденостомия; ГЭА – гепатикоентероанастомоз; ХДА – холедоходуоденостомия

Таблица 4

Характер операций, выполненных при стриктурах билиодигестивных анастомозов

Локализация стриктуры		Характер операции							
		Реконструкция анастомоза с резекцией стриктуры					Реконструкция Анастомоза		
		ГЭА в би-ГЭА	ГДА в би-ГЭА	ГЭА в три-ГЭА	ХДА в ГЭА	ХДА в ГДА	Би-ГЭА	ГДА	ГЭА
Центральная	Супрадуоденальная	-	-	-	1	1	-	-	-
	Слияние печ. и пуз. протоков	-	-	-	-	-	-	-	-
Проксимальная	Долев. прот., конfluence, печ. проток	3	1	1	-	-	1	1	2
ВСЕГО		3	1	1	1	1	1	1	2
ВСЕГО		7					6		

Данные табл. 3 и 4 свидетельствуют о том, что предпочтение отдавалось реконструктивным операциям с резекцией участка желчного протока, пораженного стриктурой – 59 (80,8%) случаев. При этом восстановление пассажа желчи осуществлялось главным образом посредством формирования билиоэнтероанастомоза – 48 (81,4%) наблюдений. Восстановительные операции применялись значительно реже.

На 73 операции летальный исход имел место в 3 (4,1%) случаях. Причиной смерти в одном случае была ТЭЛА, а в двух – перитонит, развившийся в результате несостоятельности ГЭА.

Обследование 52 больных, оперированных в нашей клинике, показало, что в 84,6% случаев имел место хороший результат (табл. 5).

Таблица 5

Отдаленные результаты лечения больных со стриктурой желчных протоков и билиодигестивных анастомозов

Результат	Кол-во больных	%
Хороший	44	84,6%
Удовлетворительный	3	5,8%
Неудовлетворительный	5	9,6%
Всего	52	100%

Из 5 больных с неудовлетворительным результатом после оперативного вмешательства в 2 случаях было выполнено бужирование стриктуры, в 2 – пластика желчного протока после иссечения участка его со стриктурой и в 1 – резекция протока со стриктурой и формированием бигепатикоэнтероанастомоза.

Удовлетворительный результат отмечен после резекции желчного протока со стриктурой и формирования билиобилиарного анастомоза (2 случая) и после иссечения стриктуры с пластикой стенки желчного протока (1 случай).

Обсуждение

Одной из важнейших характеристик рубцовой стриктуры является выраженность перидуктальных рубцовых напластований, которые иногда достигают толщины, превышающей 1,5 см, что резко затрудняет поиск желчного протока.

Как правило, в зоне расположения стриктуры локализуется эпицентр воспалительного процесса, в котором чаще всего могут быть обнаружены лигатуры, наложенные ранее на стенку протока. Вокруг этих лигатур образуются гранулемы.

При расположении стриктуры в зоне слияния долевых печеночных протоков каждый проток выделяется на протяжении не менее 1,5 см выше зоны наибольшей инфильтрации и рубцово- дегенеративных изменений. Чаще всего в таких ситуациях выполняем удаление (фенестерацию) печеночной ткани и отделение воротной пластинки от паренхимы печени.

С нашей точки зрения в процессе образования рубцовой ткани главную роль играет шовная нить, поэтому для предупреждения рецидива стриктуры необходимо полное удаление патологически измененной зоны желчного протока в пределах здоровых тканей, поскольку вокруг оставленной рубцовой ткани и лигатур происходит формирование нового очага рубцовой ткани. Резекцию протока со стриктурой выполняем с помощью аппарата «Сургитрон».

Мобилизация желчного протока, выделение и резекция участка стриктуры, мобилизация проксимального и дистального концов протока служат одной цели - максимальному освобождению остающихся концов желчного протока от рубцовой ткани с сохранением их кровоснабжения. Выбор способа восстановления желчеоттока из печени после удаления стриктуры зависит от той ситуации, которая возникает в процессе оперативного вмешательства. В тех случаях, когда стриктура имеет ограниченную протяженность и после иссечения рубцовых тканей сохраняется не менее половины окружности стенки желчного протока, анатомическая целость желчного протока восстанавливается методом пластики (рис. 1). Если удаление рубцовых тканей со стриктурой приводит к полному пересечению протока, но расстояние между концами протока не более 1 см, выполняется операция формирования билиобилиарного соустья.

Если после резекции участка желчного протока со стриктурой расстояние между его концами более 1,5 см, то для восстановления желчеоттока следует выполнять формирование термино-латерального билиодигестивного анастомоза на отдельно взятой петле тонкой кишки или на петле тонкой кишки, сформированной по Ру. При этом стенка тонкой кишки рассекается не в продольном, а в поперечном направлении и обязательно выкраивается треугольный лоскут на передней стенке желчного протока, что позволяет формировать анастомоз достаточного диаметра. Зона анастомоза должна находиться на

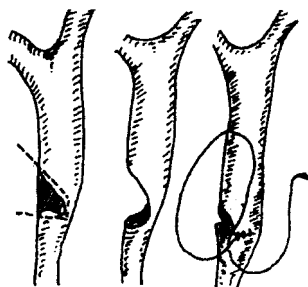


Рис.1. Пластика стенки желчного протока после иссечения стриктуры

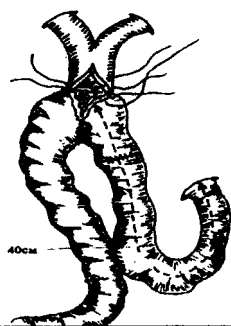


Рис.2. Терминально-латеральный гепатикодуоденальный анастомоз

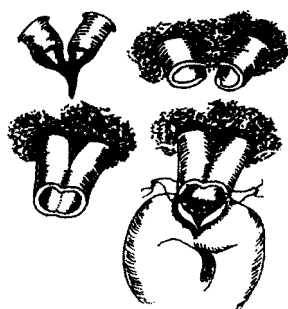


Рис.3. Бигепатикодуоденальный анастомоз с формированием конfluence

расстоянии не менее 40 см от связки Трейтца (рис. 2). При формировании билиодигестивного анастомоза на отдельно взятой петле тонкой кишки выключаем приводящую петлю кишки по Эппу.

При центральных стриктурах считаем целесообразным формирование билиодуоденального соустья.

При формировании билиодигестивных анастомозов в клинике разработаны правила выполнения этих операций:

1). Применение только атравматичного шовного материала с монофиламентной нитью малых размеров и с использованием прецизионной техники шва;

2) Диаметр нити и иглы должны соответствовать толщине стенки желчного протока в той степени, чтобы могли свободно пройти в ее тканях без проникновения в просвет сшиваемых органов;

3) Сшивание анастомозируемых органов должно проводиться с четким сопоставлением (адаптацией) краев слизистых оболочек, что достигается проведением нитей в субмукозном слое;

4) Формирование соустья выполняется однорядным швом с наружным расположением узелков, а при формировании билиобилиарного анастомоза применяем однорядный непрерывный шов с захлестом;

5) Сформированное соустье при билиодигестивном анастомозе должно быть клапаным, что обеспечивается поперечным пересечением анастомозируемой с протоком стенки кишки. В тех случаях, когда диаметр сшиваемого конца желчного протока узкий, на его передней стенке следует клиновидно иссечь участок ткани;

6) При формировании билиодигестивного анастомоза между долевыми протоками и кишкой для создания широкого соустья при сохранении задней стенки общего печеночного протока в области конfluence допускается продольное рассечение стенки кишки;

7) Если после резекции высокой стриктуры общего печеночного протока в воротах печени остаются концы долевого протока, перед формированием билиодигестивного соустья следует сшить между собой боковые стенки долевого протока и создать общую ампулу (рис. 3).

Ни в одном случае мы не использовали дренажи в качестве каркаса или для временного наружного отведения желчи.

ВЫВОДЫ:

1. Положительный результат лечения больных со стриктурами желчного протока может быть получен только при условии полного иссечения рубцовых тканей стенки желчного протока.

2. Преимущество при лечении больных со стриктурой желчного протока должно быть отдано реконструктивному хирургическому вмешательству с формированием билиодигестивного анастомоза без использования дренажей.

3. При центральных стриктурах возможно формирование билиодуоденального соустья, при проксимальных – для формирования анастомоза должна использоваться тонкая кишка на отдельно взятой петле или сформированной петле тонкой кишки по Ру.

4. Прецизионная техника шва и использование ареактивных шовных материалов при соблюдении описанных принципов формирования билиодигестивного или билиобилиарного соустьев являются залогом успешного лечения стриктур желчных протоков.

Литература

1. Вечерко В.Н., Минин В.В., Хацко В.В., Шаталов В.Ф., Шаталов А.Д. Повреждение протоков в хирургии желчных путей. Хирургия, 1995;5:67-69.
2. Мухаметрахимов Ф.Ф., Загреддинов А.Ш. Ятрогенные повреждения желчных протоков. Клиническая хирургия, 1989;9:52.
3. Третьяков А.А., Слепых Н.И., Корнилов А.К., Каримов З.Х. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. Хирургия, 1998;10:46-50.
4. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Копчак В.М., Скумс А.В. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при неопухоловой механической желтухе и холангите. Хирургия, 1993;1:13-17.
5. Boutelier P., Lauroy J., Chapault G., Kikassa J.C. Lithiase de la voie biliaire principale. Analyse du traitement chirurgical de 130 cas consecutifs. Presse Med. 1995, Jan 21; 24 (3): 164-168.
6. Broughan T.A., Sivak M.V., Hermann R.E. The management of retained and recurrent bile duct stones. Surgery. 1985;98(4):746-751.
7. Chapman W.C.; Halevy A.; Blumgart L.H.; Benjamin I.S. Postcholecystectomy bile duct strictures. Management and outcome in 130 patients. Arch Surg 1995 Jun; 130 (6): 597-602.
8. Donini I., Carrells G., Liboni A. Reinterventi su anastomosi bilio-digestive. Minerva chir. 1987;142(12):1017-1022.
9. Johnston G.W. Iatrogenic bile duct strictures: an avoidable surgical hazard? Br. J. Surg. 1986;73(4): Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Копчак В.М., Скумс А.В. Дифференциальная диагно. 245-247.

TREATMENT OF BILE DUCT STRICTURES

V.MALIARTCHUK, U.PAUTKIN, A.KLIMOV, N.PLAVUNOV, ZEITAR ALI
Department of surgery RPFU, Moscow 117198. M-Maklaja st.8. Medical faculty

Treatment of bile duct strictures is one of the biggest problems in the abdominal surgery. There are 73 cases and 69 patients operated by bile strictures, different operations were performed. The authors discuss about reasons of bile duct, they made a new classification depend of reasons. There were only 3 cases of mortality. There are late results of these operations, 84,6% have good results.

Key words: Stricture of bile duct – mortality – late results